

ANNÉE 1940

N°

163

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice GRONIER

Né le 29 Août 1911, à Tien-Tsin (Chine)

ÉTUDE ANTHROPOLOGIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE
DES POPULATIONS
DES TERRITOIRES DU SUD D'ALGÉRIE

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice GRONIER

Né le 29 Août 1911, à Tien-Tsin (Chine)

ÉTUDE ANTHROPOLOGIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE DES POPULATIONS DES TERRITOIRES DU SUD D'ALGÉRIE

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

Le Doyen..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	JENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	GLOVIS VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie..... BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie..... BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie..... CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie..... COUVELAIRE.
 Physique..... DOGNON.
 Urologie..... FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
 Parasitologie..... LAVIEH.
 Pathologie médicale LELON.
 Pathologie expérimentale LEMAITRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEU.
 Pharmacologie..... MME J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale .. MENÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT UT. II.
 Médecine légale..... PIÉDELÈVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHEL.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOIS.

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCC.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Éducation physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Son exemple nous fut toujours un soutien précieux.

A MA GRAND'MERE

Avec toute ma tendresse,

A MA MERE

*Qu'elle trouve ici l'expression
de ma profonde affection et de
ma reconnaissance infinie pour
tous ses sacrifices.*

A MON ONCLE

*Qui fut pour moi un guide
paternel.*

A MES TANTES

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRERES

AUX MIENS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine

Inspecteur Général des Services Techniques
d'Hygiène à la Préfecture de Police.

Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en présidant notre
thèse, faible témoignage de no-
tre respectueuse gratitude.*

AU MÉDECIN CAPITAINE CAUVIN

AU MEDECIN CAPITAINE MONTJAUZE

*Qui furent mes initiateurs
en Médecine Indigène dans le
Sud-Algérien.*

A MES CAMARADES MEI et FRANÇOIS

DU SERVICE DE SANTÉ

*Qui furent mes plus intimes
amis à Laghouat et m'apportèrent
leur concours dans la
préparation de ce travail.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS

Ancien chef de Clinique Neurologique de la Faculté
Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a honorés de sa confiance dans le service et nous a toujours heureusement guidés dans nos études.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MICHAUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Départemental de la Seine
Médecin Chef des dispensaires Anti-Tuberculeux
de Boulogne et Nanterre

Nous lui exprimons notre profonde gratitude pour son enseignement et pour la sympathie qu'il nous a témoignés dans son service.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMGARTNER;
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEHELLE;
MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MEULAN;
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GEMEZ.

(in Mémoriam)

INTERNAT DE L'HOPITAL DE NANTERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS
MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL SENECHAL
MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MICHAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FRANÇAIS
MONSIEUR LE DOCTEUR PELLETIER
MONSIEUR LE DOCTEUR DESCOLA.
MONSIEUR LE DOCTEUR MUNCH
MONSIEUR LE DOCTEUR ENGEL
MONSIEUR LE DOCTEUR PELIZZA
MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT.

A MES CAMARADES DE SALLE DE GARDE

En souvenir de belles années.

INTRODUCTION

L'enquête dont nous vous donnons les résultats dans cette thèse a été faite par nous au cours des 10 premiers mois de 1938, sur les territoires du Sud, ou territoires militaires, du département d'Alger. Nous avons été affecté, au cours de notre service militaire, successivement aux postes de Djella-Laghout-Ghardaïa, ce qui nous a permis d'étudier ce territoire en entier, sauf le poste d'Elgoléa où nous n'avons eu le temps de nous livrer à aucune enquête, et qui se réduit d'ailleurs à une palmeraie.

Ce territoire s'étend sur 350 ou 450 km. environ, du Nord au Sud, et 100 à 150 d'Est en Ouest, formant une bande à cheval sur la région des Hauts Plateaux et sur le Sahara. Il est peuplé en presque totalité de nomades avec l'enclave du Mzale, peuplé de sédentaires. La commune de Djella est peuplée de 80 % de nomades, de la tribu des Ouled-Naïls. Au nombre de 50.000 environ, divisés en 18 tribus, ce sont des nomades à court rayon, transhumant sur les limites de leur territoire : porteurs de chamceaux, de chevaux ou de moutons, suivant les régions et les

tribus. Ils sont restés spécialement fermés aux influences et mélanges extérieurs, et parmi les plus primitifs de l'Algérie.

Le Territoire de Laghouat a 20.000 habitants et quelques « Ksour » ou villages, avec une population nomade assez semblable à celle de Djelfa. La ville même de Laghouat peut être mise un peu à part au point de vue ethnique, étant peuplée de citadins très anciennement fixés dans la palmeraie.

La population de la commune de Ghardaïa est très origiale. Dans la « Pentapole » de Ghardaïa, Melika, Béni-Isguen, Bon-Nouma, El-Ateng et les palmeraies éloignées de Beniane et Guenara vivent 25.000 Mozabites : d'origine berbère, berbérophones, sédentaires, s'opposant très nettement aux arabes nomades, restés purs depuis 8 siècles de tout mélange ethnique et rebelles aux influences extérieures. Il faut y ajouter 800 juifs environ à Ghardaïa, qui ont subi le sort et l'isolement du Mزاب. A Ghardaïa également 1500 arabes établis assez récemment en cette ville et divisés en deux tribus l'une originaire de Metlili, l'autre d'El Maïa, à la limite des plateaux.

Il faut y ajouter les habitants de la palmeraie de Metlili, chaamba, donc arabes et un chiffre indéterminé d'Arabes, anciens nomades fixés par la perte de leur cheptel aux abords des villes du Mزاب, caravaniers chômeurs si l'on peut dire, et vivant dans des conditions de misère extrême. Nous garderons le terme d'Arabes, discutable et discuté, pour désigner les Nomades, ou anciens Nomades fixés depuis peu, ara-

bophones. C'est le nom qu'ils se donnent eux-même, il est commode et fixé par l'usage.

Nous ne prétendons pas définir par ces quelques renseignements les populations qui ont fait l'objet de cette enquête. Tout ce qui les concerne : pays qu'elles habitent, ressources, mouvements de leur population, etc. est parfaitement étudié dans l'ouvrage sur les territoires du Sud de l'Algérie publié par le gouvernement général en 1930.

Notre enquête a pu être faite sur un assez grand nombre de sujets.

— d'abord, et surtout pour l'étude anthropologique, les engagés volontaires : le service militaire obligatoire n'existe pas pour les territoires du Sud. Cependant la presque totalité des troupes cantonnées à Djelfa et une grande partie de celles de Laghouat est recrutée parmi les engagés volontaires, originaires du pays même. Ceux-ci sont surtout poussés à s'engager par le dénuement, conséquence de la sécheresse, il en fut surtout ainsi au début de 1938. Nous pûmes voir ces engagés lors des visites d'incorporation que nous leur faisions passer, et faire une fiche anthropologique sommaire sur chacun d'eux.

Nous eûmes à voir également les soldats se présentant à la consultation, et, ce qui nous permit d'en voir un grand nombre, aux vaccinations. Un certain nombre durent être éliminés, étant d'un autre pays que celui où nous limitions notre enquête (en général des Kabyles).

Nous pûmes voir ainsi 720 hommes, dont 300 enga-

gés volontaires passant pour la 1^{re} fois une visite médicale.

En second lieu, les consultants de l'infirmerie indigène, ou les consultants vus au cours des tournées de visite périodiques, à tous les points du territoire.

Un secrétaire : infirmier à Djelfa et Ghardaïa, sœur Blanche à Laghonat, notait sur un registre, pour chaque consultant : L'âge, en général connu approximativement par le sujet même, le sexe, le diagnostic, ceci nous fut d'une grande utilité, car nous pouvions ensuite revoir ce registre à tête reposée, avec les quelques notes prises au cours de la consultation. Le chiffre des consultants journaliers, assez comparable à Djelfa-Laghouat, Ghardaïa, variait de 20 à 50 en moyenne. Au cours des tournées : 40 à 130. En ne comptant pas les sujets venus consulter plusieurs fois, nous pûmes en voir 3880, dont 2030 hommes et 1850 femmes, plus 780 enfants. En outre, un certain nombre de sujets nous étaient envoyés par l'Administrateur, pour déterminer leur âge : cet âge, lors de la constitution d'un état civil aux indigènes avait été estimé trop rapidement et certains voulaient qu'il soit rectifié.

Une chose assez particulière : le grand nombre d'hommes qui, s'inquiétant de la stérilité d'une de leurs femmes, nous l'amenaient à examiner pour avoir un diagnostic et un remède si possible. Enfin, les tournées de vaccination, pour lesquelles les indigènes se déplaçaient souvent de très loin et venaient en foule.

Des visites que nous fîmes aux écoles, à Laghouat et aux Ksour du territoire de Laghouat nous furent utiles, surtout pour l'étude des affections oculaires.

Le grand nombre de sujet qui passèrent entre nos mains n'empêche pas certaines restrictions :

A Ghardaïa, les indigènes ne venaient guère à l'infirmerie. La majorité des consultants (57 %) y était composée de juifs et les mêmes, parmi ceux-ci, revenaient en général si souvent qu'en fin de compte, malgré la foule qui se pressait à la consultation, le nombre de sujets vus était assez réduit. La majorité du reste (35 %) était faite d'arabes. De ceux-ci nous avons joint les observations à celles des arabes de Laghouat et Ghardaïa.

A ce sujet, nous avons hésité si nous devions faire des études séparées pour les arabes de Djelfa-Laghouat et Ghardaïa. Les ouled-Nâïls, de Djelfa, passent pour assez particuliers au point de vue ethnique, et leur isolement relatif au cours des âges l'explique. Les arabes de Laghouat paraissent plus mélangés d'éléments ethniques divers, comme le montre la fréquence relative des métissages de noirs (à peu près inconnus à Djelfa). La confrontation des résultats nous permit de nous décider à étudier un seul bloc d'arabes sur tout le territoire où se fit notre enquête, en y joignant ceux de Ghardaïa. Ceci du moins pour la partie anthropologique de cette enquête. Les quelques différences dans les résultats obtenus, quand nous jugerons opportun de les enregistrer, apparaîtront minimes.

Quant aux Mozabites, notre enquête ne porte que sur peu de sujets (les femmes y sont rebelles à l'examen : nous nous souvenons avoir dû faire un lavage d'estomac à une femme mozabite qui avait le visage recouvert d'un voile où avait seulement été percé un trou en regard de la bouche). Nous n'en faisons figurer les résultats qu'avec réserve et pour mettre en évidence certains contrastes avec les résultats obtenus dans les autres populations. Ainsi, on voit que nos fonctions nous ont donné pour notre enquête des facilités considérables dont eût été privée une mission spécialement venue pour cette enquête. Non que nous prétendions que notre travail puisse être comparé à celui qu'eût fait cette mission. Mais ces facilités expliquent que, n'étant pas dans ce pays pour faire ce travail, nous ayons pu nous y livrer de manière assez efficace : à ce sujet, il faut rappeler que les statistiques établies (et spécialement de manière récente) par les anthropologues ont prouvé que pour l'établissement d'un indice moyen, dans un certain groupe ethnique, il fallait 100 sujets pour que le résultat eût une réelle valeur scientifique, qu'avec 400 sujets les variations du chiffre obtenu ne pouvaient plus être que très minimes, et qu'avec 700 sujets, quel que soit le nombre de sujets examinés par la suite, il ne varierait absolument plus. C'est en tenant compte de cette donnée que nous estimons avoir obtenus certains chiffres de quelque valeur scientifique. On comprendra que notre enquête n'ait pu porter que sur un certain nombre de données, mais, telle que nous la présen-

tons elle n'avait pas encore été faite pour ces populations. Cette enquête n'a donc pas pour but de régler définitivement l'étude anthropologique des groupes ethniques observés, mais de rentrer dans le cadre d'une étude encore à faire plus complète et étendue à toutes les tribus ethnologiquement parentes de l'ensemble des territoires du sud d'Algérie, étude qui ne sera probablement faite que par la collection de documents analogues à celui-ci et à laquelle il n'est qu'une contribution.

Quant à la question de la pathologie de ces populations, des études approfondies ont déjà été faites par d'autres et nous avons seulement voulu présenter celle de nos observations qui étaient étayées de quelques chiffres probants.

ETUDE ANTHROPOLOGIQUE

Notre enquête a porté sur : la taille. L'indice skélique (rapport de la taille assise à la taille debout).

Les indices céphaliques et nasaux.

Les mesures ne suffisent pas pour la définition de ces populations au point de vue somatique. Mais ce sont les principales, d'autre part pour certains caractères importants : cheveux, peau, cris, nous n'avons pu les étudier par suite de l'impossibilité de nous déplacer avec toutes les échelles colorimétriques nécessaires pour en faire la mesure. Nous nous en sommes tenus aux caractères pour la mesure desquels il suffisait du compas d'épaisseur, du compas à glissière, du centimètre, de la toise; d'ailleurs, c'est de ces caractères que l'étude est la plus importante, on pense bien qu'une étude sur la couleur de la peau, des yeux, etc. de ces populations ne peut être apporter de données bien originales.

Nous avons étudié surtout des sujets masculins : ceci tient surtout à ce que notre champ d'études était composé en partie des soldats dont nous avons la charge.

Une grande partie des mesures ont été faites sur des engagés au moment de leur visite d'incorporation : l'examen était plus sommaire que pour une recrue en France (absence d'examen radiographique, entre autres). Mais les engagés n'étaient pris que provisoirement, puis revus 2 à 3 mois après. Le second examen et surtout la comparaison des résultats de cet examen et du premier décidaient de l'aptitude du sujet.

Les sujets présentés à la visite étaient poussés à s'engager, pour au moins 8 sur 10, par le dénuement. La sécheresse, en 1938, avait en effet amené avec elle la misère chez ces nomades pasteurs. Les sujets se présentaient sous alimentés et dans un état de maigreur qui les eut fait ajourner en France. Mais notre jugement, concordant avec les instructions reçues, les faisait prendre. La seconde visite montrait une nette amélioration, on peut dire toujours.

Les engagés disaient tous avoir 18 ans, ou au moins 17. Mais ils n'avaient pas d'état civil pour le prouver et en fait certains avaient 15 et même 14 ans. L'ensemble cependant était fait de sujets résistants et bons marcheurs. Nous étions d'ailleurs seuls juges de leur aptitude ; un certain nombre étaient mis, pour les 3 premiers mois, à double ration. Les résultats étaient excellents :

Nous devons prendre, naturellement, le fameux indice de Pignet. Si discutable qu'il fut, il donnait à première vue certaines indications utiles : nous prenions une majorité de sujets à indice voisin ou su-

périeur à 35 et quelques-uns dépassant 40. Même certains atteignant 45, de maigreur externe mais solidement bâtis.

La règle était que cet indice eut baissé, en 3 mois, de 3 à 6 unités. Quelquefois 2 seulement.

Nous n'éliminâmes que 27 sujets dont vingt pour l'insuffisance de développement ou la trop grande jeunesse. Nous en vîmes 307 :

211 avaient un indice supérieur à 30, soit plus de 70 % de l'ensemble.

2 seulement avaient un indice inférieur à 10

22 avaient un indice inférieur à 20

74 avaient un indice entre 20 et 30

80 — — — entre 30 et 34

66 — — — entre 34 et 37

38 — — — entre 37 et 40

27 avaient un indice supérieur à 40

5 avaient 45 au plus.

Si on trace la courbe de cet indice en fonction du nombre de sujets, on voit un maximum entre 35 et 36.

Si nous prenons 50 sujets ayant l'indice entre 35 et 36, on trouve pour eux les mesures moyennes suivantes : taille 1 m. 72, tour de poitrine : 81 cms, poids 57 kilogs, ce qui montre la maigreur de ces sujets.

A la deuxième visite, nous avons pu prendre les mesures de 160 d'entre eux (car nous n'avons pu voir la totalité aux 2 visites).

Leur indice de Pignet était plus bas de 0 à 8 unités.

4 seulement n'avaient pas varié, ou varié d' 1/2 kilog.

50 avaient baissé de 1 à 3 unités ;

75 avaient baissé de 3 à 6 —

35 avaient baissé de plus de 6 unités.

Le tour de poitrine avait augmenté en général de 1 à 2 centimètres, le poids de 3 à 5 kilogs. L'examen des registres d'incorporation montra, que, pour 450 sujets engagés avant notre arrivée, les chiffres avaient été absolument comparables.

Ces mesures prouvent que les conditions de vie de ces populations influent considérablement sur leurs caractères somatiques mais qu'elles ont toutes les ressources nécessaire pour produire des sujets très bien développés.

Nous avons pu encore prendre les mesures de soldats, vus après 1 ou 2 ans de service, à l'occasion des vaccinations, sur 140.

5 avaient un indice inférieur à 10;

28 avaient un indice entre 10 et 20 ;

75 avaient un indice inférieur entre 20 et 30;

31 avaient plus de 30. (soit 22 %) aucun n'avait plus de 40.

LA TAILLE

Une première remarque qu'on peut faire est qu'elle est plus élevée, en moyenne, qu'en France, et ensuite qu'elle varie, suivant les sujets, dans des limites moins larges : les tailles exceptionnelles, basses ou élevées, ne s'y voient à peu près pas (moins de 158 cms, plus de 185). Nos mesures ont donné les résultats suivants : sur 1225 arabes (de sexe masculin) :

		5	avaient moins de 155 centimètres	
32	—		de 155 à 160 centimètres	
52	—		de 160 à 162	—
76	—		de 162 à 164	—
118	—		de 164 à 166	—
154	—		de 166 à 168	
128			de 168 à 170	
188	—		de 170 à 172	—
174			de 172 à 174	—
162	—		de 174 à 176	—
96	—		de 176 à 178	—
56			de 178 à 180	
62	—		de 180 à 184	—
22	—		plus de 184 centimètres.	

La taille moyenne est de 171 centimètres 54 ce qui met cette population, par ce caractère, à part dans la race dite méditerranéenne à laquelle les anthropologues les rattachent. Le nombre des tailles au-dessus de 172 cms dépasse celui des tailles inférieures. Si nous traçons la courbe des tailles en fonction du nombre des sujets, nous voyons d'abord que la courbe tombe rapidement avant 162 centimètres et au-dessus de 180. Ensuite on a deux maxima: le plus élevé correspond aux tailles entre 172 et 173 centimètres, l'autre aux tailles comprises entre 166 et 168 centimètres. Ces deux maxima semblent correspondre à deux types de sujets, mais il est difficile d'en tirer de conclusion nette.

L'INDICE SKÉLIQUE

Sans prendre de mesures nous avons remarqué, surtout parmi les individus de taille moyenne, un grand nombre qui semblaient avoir le tronc long et les membres courts. Ce caractère pouvait être mis en évidence par le rapport des tailles assis sur les tailles debout. Les mesurer montrèrent : sur 200 sujets :

85 avaient un indice skélique entre 52 et 56;

44 avaient un indice skélique supérieur à 57 et jusqu'à 60 correspondant à un type à membres courts et tronc allongé.

32 avaient un indice entre 50 et 52;

16 avaient un indice inférieur à 50 correspondant à un type élancé, à membre long. L'indice moyen était 53.

Nous avons tracé la courbe de cet indice en fonction du nombre des sujets, elle ne donne pas de résultats très nets, il y a cependant deux maxima, un pour 53,5 et un autre à 50,2. Nous avons voulu voir si ceci correspondait à deux types d'individus, et rapprocher ces résultats avec ceux obtenus dans la mesure de la taille.

Pour 40 sujets de taille entre 170 et 172 centimètres (du type le plus fréquent) l'indice skélique moyen fut 51,6 sur 30 sujets de taille entre 166 et 168 centimètres (du second type) l'indice skélique moyen fut 53,9, ceci sembla montrer que le type plus grand est relativement élancé. Les indices skéliques plus élevés correspondent aux sujets plus trapus, de taille moyenne (1 m. 66 à 1 m. 68) et à membres plus courts.

L'INDICE CÉPHALIQUE

L'étude fut faite sur 840 hommes (adultes bien entendu) et 160 femmes.

Les résultats furent, pour les premiers, les suivants : les indices inférieurs à 66 (dolichocéphalie très accusée) étaient plus nombreux que ceux supérieurs à 80 (mésocéphalie) : 28 et 26 (tendant à la brachycéphalie).

7 avaient un indice allant de 65 à 66			
21	—	—	66 à 68
127	—	—	68 à 70
166	—	—	70 à 72
152	—	—	72 à 74
131	—	—	74 à 76
120	—	—	76 à 78
88	—	—	78 à 80
22	—	—	80 à 82
4	—	—	82 à 84

L'indice moyen est 73,57.

L'étude de la courbe des indices en fonction du nombre des sujets montre qu'elle croit rapidement après 66, on a un maximum à 70,5 puis la courbe est étale, légèrement descendante avec un second maximum, peu saillant, à 77,5 (tendance de certain type à la mésocéphalie).

Pour les mesures effectuées sur les femmes, on a des résultats comparables, l'indice moyen, plus élevé, est de 74,50, la courbe est semblable, avec un peu

plus de tendance à la mésocéphalie, quoique dans une mesure très faible : il y a 11 sujets seulement qui ont moins de 70 et 50 au-dessus de 76.

On peut conclure à la dolichocéphalie nette de cette population avec un type très dolichocéphalé (70,5) et un autre à la limite de la mésocéphalie (77) le premier étant de beaucoup le plus fréquent.

L'INDICE NASAL

Nous l'avons étudié sur 400 sujets; nous n'avons pas fait de tableaux spéciaux pour hommes et femmes, les chiffres sont assez semblables pour permettre de donner lieu à une seule étude.

Le chiffre le plus bas obtenu est 58,5, le chiffre le plus haut 52,5: donc nez en moyenne mince, pas de nez nettement large (platychinien après 85) un grand nombre de nez méso-rhiniens. La majorité leptorhiniens.

5 avaient un indice entre 58 et 60			
28	—	—	— 60 et 62
44	—	—	— 62 et 64
52	—	—	— 64 et 66
48	—	—	— 66 et 68
45	—	—	— 68 et 70
42	—	—	— 70 et 72
37	—	—	— 72 et 74
32	—	—	— 74 et 76
25	—	—	— 76 et 78

20	—	—	—	78 et 80
21	—	—	—	80 et 82
15	—	—	—	82 et 84

L'indice moyen est 69,5, l'étude de la courbe montre un maximum net entre 63 et 65 (correspondant au grand nombre de sujets leptorhiniens, et la courbe descend très lentement jusque vers 82, correspondant à un nombre élevé de sujets tendant à la mésorhime.

Ajoutons, pour donner un exemple de l'étroitesse des narines chez certains sujets de type « arabe » assez pur (à visage ovale et allongé) que 180 sujets avaient moins de 35 millimètres de largeur transversale du nez.

MESURES PARMI LA POPULATION MOZABITE

Nous avons dit n'avoir pu nous livrer parmi la population Mozabite de Ghardaïa, de Guerrara et de Berriane aux mêmes études que sur les arabes à Djelfa, Laghouat, et Ghardaïa même. Aux raisons déjà données, ajoutons que les Mozabites ne sont pas astreints au service militaire (ou du moins ils payent des arabes pour remplir à leur place les obligations militaires), ce qui nous a ôté un champ d'études important. Nos mesures parmi les mozabites portent donc sur un trop petit nombre de sujets pour que nous puissions en faire vraiment cas. Nous les citons parce que, si insuffisantes qu'elles soient, le contraste est visible avec les populations d'Arabes déjà étudiées. A première vue, les Mozabites sont reconnaissables : teint plus clair que les arabes, face plus large, nez plus large, la taille est en moyenne un peu plus élevée. Ils sont très solidement charpentés.

Outre qu'on voit rarement chez eux les états de misère physiologique que nous avons vu chez les arabes, ils ont une tendance à l'embonpoint, leurs membres sont épais, relativement courts. Si nous essayons,

dans nos mesures, de les mêler aux populations arabes, pour chaque indice, la courbe montre un maximum net qui leur correspond, cette expérience, nous ne l'avons faite que par curiosité, car il était assez probable pour qui connaît cette population qu'elle se distinguerait par ses caractères anthropologiques des arabes, dont ethniquement ils sont très isolés.

La taille sur 80 mozabites :

3 avaient entre 160 et 164 centimètres.			
7	—	—	164 à 168 —
23	—	—	168 à 172 —
33	—	—	172 à 176 —
11	—	—	176 à 188 —
7	—	—	plus de 180 —

La faible moyenne est 173 centimètres, la courbe montre un maximum à 74 centimètres, elle est relativement régulière.

L'indice skélique mesuré sur 35 sujets, l'indice skélique moyen est 54,1, ce qui correspond à une relative longueur du tronc par rapport aux membres.

Indice céphalique sur 80 sujets :

2 avaient un indice entre 66 et 70			
6	—	—	— 10 et 27
13	—	—	— 72 et 74
18	—	—	— 74 et 76
19	—	—	— 76 et 78
14	—	—	— 78 et 80
7	—	—	— 80 et 82
7	—	—	supérieur à 82

L'indice moyen est 77, et le maximum de la courbe (relativement régulière) est 76.

La tendance à la mésocéphalie est donc plus accusée que dans la population arabe.

L'Indice nasal sur 80 sujets :

5	ont un indice entre	61 et 64
7	—	64 et 67
9	—	67 et 70
15	—	70 et 73
16	—	73 et 76
13	—	76 et 79
12	—	79 et 82
3	—	supérieur à 82

La courbe est irrégulière, sans maxima
le maximum est à 75.

L'indice moyen est 73,6.

Quant à *la tache mongolique* ou tache pigmentaire congénitale, une note de l'Institut Pasteur d'Alger conviait, au moment de notre séjour dans ce pays, les médecins à l'étudier : ses caractères, sa surface, les croyances qui s'y rattachent. Mais il n'était pas demandé de faire de pourcentage et d'étudier la fréquence de ce caractère ; l'étude sur ce point reste encore à faire. Nous n'avons enquêté que sur 65 nourrissons entre 0 et 1 an. Nous avons vu la tache sur 15 d'entre eux, 24 %, ce chiffre est insuffisant pour conclure.

ETUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE

Nous avons pu voir, avons-nous dit, un nombre considérable de consultants et faire figurer 3830 d'entre eux dans nos observations (1340 à Djelfa, 2170 à Laghouat, 320 à Ghardaïa, plus 780 enfants).

De plus, dans ce domaine de la pathologie, nous avons pu dans de nombreux cas opposer les chiffres obtenus dans différentes régions. La pathologie, conditionnée par le mode de vie, le pays, et surtout le climat permet de voir des différences nettes entre des groupes d'individus ethniquement semblables.

Par exemple, sur le territoire de Djelfa, Le Ksor de Messaad, de population toute semblable à celle du reste du territoire, mais déjà d'aspect et de climat sahariens, avec son oasis, a une pathologie différente de Djelfa même, et qui est très comparable à celle de Laghouat, etc.

La pathologie des sujets sur lesquels porte notre enquête n'a évidemment rien à voir avec une pathologie coloniale, toutes les maladies observées se voient en France, du moins sur les rivages de la Méditerranée. Seule la fréquence en varie et permet de trouver à ces populations une pathologie spéciale.

Le rôle de la race, souvent mis en avant, doit, à notre avis, être très réduit. Autrement dit, dans la plupart des cas, la pathologie des indigènes est celle d'européens que l'on ferait vivre dans le même pays et les mêmes conditions.

Nous commençons par un chapitre où le rôle de la race est sans doute à peu près nul, mais où ces tribus s'opposent aux autres populations d'Afrique du Nord et même entre elles assez nettement, où le médecin voit le plus de différence avec la pathologie des européens : celui des affections parasitaires.

Les parasitoses digestives :

Leur fréquence est extrême.

Nous n'avons pas rencontré de vers qu'on ne trouve en France. Il s'agit d'oxyures-ascaris-ténias. Nous avons cherché à Laghouat l'hyménolepis nana, dont des études précises ont montré la fréquence en Algérie, surtout chez les enfants (études faites surtout chez les enfants des grandes villes). Nous n'en avons pas vu un cas après examen des selles dans 87 cas où la clinique pouvait le faire supposer et où n'avaient pas été trouvées d'autres helmintiases. Ascaris et ténias sont très courants. Beaucoup d'indigènes, s'en sachant infestés, ne vont pas consulter un médecin pour autant et se contentent de prendre des purgatifs à intervalles réguliers. Nous n'avons vu en somme que les malades chez qui ces vers donnaient des troubles sérieux.

L'étude chez ceux-ci était facile. Devant le moindre trouble, pouvant faire soupçonner une helmin-

tiase, nous interrogeons le malade sur leur présence dans les selles. Le terme courant, pour ces vers, de grande taille en somme, était « anech » qui veut dire : serpent. Il était facile, sans l'avoir vu, de faire préciser le ver dont il s'agit par un court interrogatoire sur ses caractéristiques. Si l'interrogatoire était négatif, le malade était purgé et prié de revenir avec un parasite s'il en avait. Un grand nombre revenait avec le ver enveloppé dans un morceau de papier ou de chiffon. Nous pûmes voir ainsi que :

A Djelfa, sur 229 consultations pour troubles digestifs (17 % du total) 65 (5 %) avaient une helminthiase, 75 % (38) étaient porteurs de ténia. Le reste d'ascaris.

A Laghouat, sur 477 consultants pour troubles digestifs (22 % du total) 260 (12 %) porteurs de vers, 190 d'ascaris (80 %).

En particulier, au Ksar de Ksar-el-Hirane, à 30 km au Sud-Ouest de Laghouat, en 3 visites, sur 110 consultants, nous vîmes 62 enfants, dont 27, porteurs de vers, uniquement ascaris. Nous n'avons pas trouvé la raison de ce fait. Pour le téniasis, il s'agissait, dans les cas où nous avons pu faire le diagnostic (82 cas à Laghouat) du ténia saginata.

Les oxyures, enfin, sont certainement plus fréquentes qu'en France. Nous n'avons pas cherché à obtenir de chiffres.

Les parasitoses cutanées : fréquentes aussi et variées. Nous n'avons pu faire le diagnostic d'un grand nombre de cas, surtout ceux vus en tournées et où

nous ne pouvions faire qu'un examen sommaire, ou nomades impossibles à faire revenir.

10 cas d'érythasma très étendu, où nous avons décelé l'actinomyce ,mais si les examens avaient pu être faits à chaque cas, ce chiffre serait bien plus élevé.

3 cas d'eczéma marginé, avec la même restriction, car une dizaine d'autres cas devaient en être.

5 cas nets de sycosis, à Djelfa, chez des indigènes de la tribu des Ouled Si Ahmed qui se livre à l'élevage des chevaux.

Une dizaine de cas d'herpès circiné : 1 seul à Djella, 9 à Laghouat.

Les teignes occupent une place importante. Pour le Favus, chez les enfants, nous avons vu 40 cas à Djella, 12 à Laghouat. Mais il faut dire que les indigènes, surtout les nomades, viennent peu consulter pour cela. Nous avons donc de préférence observé les teignes chez les sujets se présentant à la visite d'incorporation comme engagés :

Sur 288 engagés, 10 cas en évolution, mais en faisant le diagnostic rétrospectif par la recherche d'alopecies caractéristiques, sur les sujets de 17 à 40 ans observés, nous trouvons 98 cas sur 720 sujets, soit 15 %..

Enfin, citons 3 cas de tumeurs actinomycosiques, mais qui ne sont certainement qu'un petit nombre de ce que nous aurions vu si l'examen de laboratoire avait été fait à chaque cas soupçonné.

PATHOLOGIE DIGESTIVE

Les diarrhées infantiles d'été sont nombreuses. A Laghouat et Ghardaïa surtout. Très graves, elles sont en rapport absolu avec la chaleur et sans nul doute, particulièrement avec le pullulement des mouches. Nous avons vu :

Sur 632 nourrissons, vus entre le 15 mai et le 15 septembre, 250 cas. Nous avons eu connaissance de 18 cas mortels, mais c'est un minimum, vu le nombre de nourrissons qui ne nous ont été présentés qu'une seule fois et qui ont pu mourir sans que nous en soyions avisés.

Il est connu que les adultes sont frappés, en dehors de toute dysenterie, ou affection parasitaire ou teneur en sels de l'eau de boisson, et autant chez les européens que chez les indigènes, de diarrhées soudaines et violentes. Comme ils ne consultent que rarement pour cela, nous n'avons pas cherché à recueillir de chiffres. Ces diarrhées sont, d'évidence absolue, en rapport, pour la fréquence, avec la chaleur : plus à Laghouat qu'à Djelfa et plus encore à Ghardaïa, et survenant à peu près uniquement au printemps ou en été. Il n'est à peu près pas d'européens qui échappent à quelques crises annuelles. A Elgoléa, personne ne manque d'en avoir plusieurs crises dans le cours de l'été. Certains cas dysentériformes, durant une semaine ou plus, alors que jamais il n'a été décelé d'amibe dans les selles d'aucun cas et que les

eaux, provenant de puits artésiens, sont parfaites en pureté.

L'appendicite est exceptionnelle, pour ne pas dire inconnue (le fait est reconnu par tous les médecins).

Nous n'en avons vu qu'un cas en tout chez un Juif de Laghouat, d'ailleurs absolument européenisé.

Par contre, nous devons parler d'une affection assez spéciale, extrêmement fréquente, un syndrome douloureux solaire. Nous avons vu 229 cas à Djelfa et 477 à Laghouat (soit 11 et 22 % de l'ensemble des consultants), venus pour troubles digestifs. En éliminant les parasitoses digestives, déjà étudiées, cela fait 6 et 12 % de consultants sur lesquels presque totalité de douleurs solaires. Mais ce n'est qu'un petit nombre des cas observés, car les indigènes, habitués à cette affection, ne consultent pas toujours, se soignant eux-mêmes. Aussi, c'est à l'occasion de visites d'incorporation, d'examens généraux pour d'autres affections que nous découvrîmes le grand nombre des cas de cette affection.

Ainsi, un grand nombre d'indigènes, tant hommes que femmes, portent des ceintures d'étoffe très serrées (les femmes surtout) avec un nœud devant très gros, formant une véritable pelote abdominale, ou une pelote formée d'une partie roulée de leurs vêtements, engagée dans leur ceinture. (Ils ont des vêtements drapés comme il est connu), le tout anormalement serré. Interrogés à ce sujet, ils disent lutter ainsi contre les douleurs, sur lesquelles nous reviendrons.

Egalement, beaucoup ont des mouchetures, ou plutôt des cicatrices de mouchetures, sur la région ombilicale ou entre ombilic et creux épigastrique : mouchetures, dues quelquefois à des pointes de feu, le plus souvent faites à la pointe de couteau (de leur couteau à pointe très arrondie, mais très acérée, avec lequel ils se rasent). De 30 à 100 mouchetures, en général, plus rarement il s'agit de brûlures profondes. Interrogés, ils répondent s'être soignés ainsi contre le même type de syndromes douloureux.

Sur 720 soldats que nous avons vus nus, 192 avaient de ces cicatrices, soit plus de 25 % ; chez des indigènes de tous âges vus par ailleurs, la proportion exacte est difficile à préciser, mais elle ne doit pas être inférieure à 1/3 des sujets. La pelote abdominale est trouvée chez un tiers au moins des sujets, sans que nous puissions plus préciser, car, surtout pour les femmes, les indigènes portent, en général, de toute façon, des ceintures serrées.

Nous avons éliminé les troubles digestifs banaux très nombreux : Helmintiases, dont nous avons parlé (1/3 au moins des ascaridioses se signalent par des douleurs de l'hypocondre gauche), les indigestions fréquentes, car les indigènes entremêlent des périodes de sous-alimentation de repas plantureux.

Nous pûmes voir ainsi un certain nombre de cas nets de ce syndrome douloureux épigastrique ou solaire dont la fréquence est extrême, d'après ce que nous venons de dire, des cas assez nets, disons-nous, et suffisamment calqués les uns sur les autres pour

être décrits comme un même syndrome : soit 240 cas étudiés avec suffisamment de netteté, 50 suivis, dont 28 assez bien. Il s'agissait donc d'une douleur plus ou moins vive, médiane, para ombilicale ou entre ombilic et appendice xyphoïde. Bien localisée, de caractère transfixiante sans autres irradiations que postérieures. Accompagnée de douleurs à la pression et de défense relativement peu accusée de la paroi, défense elle-même localisée.

Outre ces 240 cas, 1/5 environ des soldats ou des malades vus pour d'autres affections présentaient une sensibilité de cette région à la pression et disaient en souffrir par intermittence.

Revenant à nos cas observés avec netteté : ces douleurs sont rarement vives aux repas, souvent tardives (4 à 6 heures), en général continues. Par contre, dans 1 cas sur 3 au moins elles évoluent par périodes : de 6 jours à 3 semaines environ. Il n'y a de vomissements qu'exceptionnellement. Ce syndrome douloureux, dont la violence va de la crise, assez rare tout de même, qui tient le malade plié en deux, aux cas frustes et fréquents où le malade se plaint assez calmement et fait la grimace à l'examen, n'est calmé qu'assez légèrement par le bicarbonate de soude, absolument pas par le bismuth, assez bien en général, souvent parfaitement, par la belladone ou l'atropine. On comprend qu'en l'absence d'examen radiologique et de faculté de suivre les malades dans bien des cas, il nous est difficile de préciser l'origine de ce syndrome douloureux solaire, que sa fréquence rend très par-

ticulier, elles ne répondent pas à des crises d'hyperchlorhydrie encore moins des crises d'ulcère : absence de complications, entre autres, malgré la fréquence du syndrome (sur 1 seul cas à hématemèse, très bien suivi, hématemèses d'ailleurs absolument passagères). Dans un certain nombre de cas on pouvait parler de ptôse gastrique. Cependant il y a certainement une sensibilité solaire toute spéciale chez l'indigène de ces pays. Le fait est frappant pour les médecins nouvellement arrivés et bien connu des médecins ayant exercé dans cette région de l'Afrique du Nord. L'opinion communément émise attribue ce fait à l'abus d'aliments épicés (piments et poivres surtout). Cette opinion ne nous paraît pas exacte : Il s'agit en effet de douleur solaire sans signe de gastrite net dans la grande majorité des cas. De plus il n'est pas exact que les indigènes consomment habituellement beaucoup d'épices : ceux qui peuvent se permettre un certain luxe épicent abusivement leur « chorba » ou la sauce du couscous, mais les indigènes relativement indigents, qui sont légion, surtout parmi les nomades, et chez qui ce syndrome est le plus fréquent, se nourrissent, suivant les régions, de dattes, de galettes de blé, de laitages, enfin, beaucoup prétendent calmer partiellement leurs douleurs, au cours des crises, par l'ingestion de piments forts et le fait, expérimenté devant nous, a amené un soulagement apparent dans 6 ou 7 cas (dont celui avec hématemèses).

Le moyen le plus habituel employé cependant par les indigènes contre ces crises est la pression de la

région douloureuse (pénible si elle est brusque comme lors d'un examen, mais faite par eux progressivement et de manière soutenue). Pression à deux mains par une autre personne le plus souvent. Nous en avons pu voir l'efficacité avec certitude dans 15 cas. Pour les mouchetures, l'ayant pratiqué dans 5 cas le résultat n'était pas net mais les intéressés se dirent soulagés dans une certaine mesure.

Ajoutons enfin que cette affection donne lieu à toutes sortes d'idées hypocondriaques chez ceux qui en souffrent, en particulier beaucoup croient à la présence de maux dans leur abdomen, en général un serpent. Quelque fois les indigènes cherchent à se débarrasser de leur affection en la communiquant à un animal, le plus souvent une gerboise, qu'ils frottent contre eux pour cela, ou bien, constatant le peu de soulagement qu'ils en ont, ils en font un procédé de diagnostic, si nous pouvons dire, et après avoir noyé ou étouffé la gerboise l'ouvrent pour voir ce qu'elle a. Nous avons vu, à Djelfa, un indigène nous amener un dessin qu'il avait fait des organes internes d'une gerboise ainsi « autopsiée » et nous dire : vois ce que j'ai, et donne-moi de quoi me guérir, (avec l'impératif qu'emploient si souvent les indigènes s'adressant au médecin).

Affections hépatiques. — Les indigènes semblent être privilégiés par rapport aux européens. Il faut penser à l'absence de boissons alcooliques (leur intoxication favorite étant d'ailleurs de fumer du chanvre). Nous n'avons pas vu d'ictère. Un grand nombre

de troubles pouvant être attribués à une insuffisance hépatique mais aussi peu nets que possible, 4 cas de douleurs vésiculaires, 1 cas de cirrhose chez un indigène contaminé par la civilisation et alcoolique, 1 autre cas, avec ascite et foie cirrhotique atrophie chez un arabe de Guerrara qui évidemment n'avait jamais bu d'alcool.

Affections cardio-vasculaires. — Les indigènes semblent également relativement privilégiés. Nous n'avons pas vu de rhumatisme articulaire aigu (des cas d'ailleurs bénins, à Laghouat, chez des Européens).

Un petit nombre de lésions cardiaques : aucune chez 320 engagés, 27 en tout, à Laghouat et Djelfa, consultant pour accidents d'asystolie; dont 22 aortiques, ce qui s'explique par la fréquence de la syphilis, également un certain nombre de crises angineuses peu nettes, 4 nettes chez des aortiques.

— 3 cas de gangrène par artérite;

— pour le système veineux : aucun cas de varices chez 720 soldats, on en voit quelques-uns chez des gens âgés, des femmes surtout. Sur ce point l'indigène a donc nettement l'avantage sur l'européen.

SYSTÈME NERVEUX.

Il faut d'abord considérer l'absence de complications nerveuses de la syphilis. Nous y reviendrons, à part cela il semble que les indigènes aient une pathologie nerveuse comparable à celle des européens.

Un assez grand nombre de Parkinsons frustes et 7 cas certains, ce qui est assez considérable, 3 paralysies faciales « à Frigore » à Laghouat, 12 cas d'épilepsie dont 2 à Djelfa, 6 à Laghouat et chez des arabes de Ghardaïa, 1 polynévrite chez un indigène alcoolique, à Djelfa, un certain nombre de sciatiques, etc.

Un très grand nombre de crises convulsives chez des nourrissons : mais nous ne pouvons donner de chiffres, car il était particulièrement difficile d'avoir une certitude d'après le récit des parents : nous avons vu au moins 9 cas nets et une dizaine d'autres probables, sur l'ensemble de ceux-ci, 4 helminthiases dont trois à oxyures.

Au point de vue des psychopathies, nous admettons que les indigènes ont les mêmes affections que les européens, si ce n'est avec une plus grande fréquence (paralysie générale à part). Nous avons vu un assez grand nombre de déments, de délirants et surtout beaucoup d'individus que les autres désignent comme fous (et il y a plus d'un mot en arabe pour le dire). Il est impossible de fixer de chiffre et de diagnostics précis, car les idées des arabes sur la folie font qu'ils gardent avec eux les fous et ne les présentent guère au médecin si ces fous n'ont pas de réactions anti-sociales, ensuite l'impossibilité de faire un interrogatoire psychiatrique par truchement d'un interprète. Nous pensons que les mélancolies, les neurasthénies, les délires hypocondriaques sont spécialement fréquents : les malades s'en plaignent en général en disant qu'ils

souffrent de leur tête ou dans leur tête. (« Pour leur tête » disent-ils souvent). Quelquefois ils mettent sur la voie en précisant qu'ils « pensent beaucoup » ou sont malades dans leur tête « de trop penser », l'interrogatoire montre qu'il n'y a pas de céphalée là-dedans et précise le sens de cette manière de s'exprimer.

Ajoutons que, chez ces gens si souvent impassibles, pour beaucoup de points, la douleur d'une petite intervention l'ouverture d'un panaris, etc.) cause des syncopes plus souvent que chez les européens, ce sont d'ailleurs les mêmes qui ont (1 sur 3 chez les soldats) sur les avant-bras ou les poignets les cicatrices de brûlures étendues et profondes qu'ils se font eux-mêmes, volontairement, au cours de certains rites de conjuration d'influences maléfiques.

Les affections pulmonaires et la tuberculose sont assez fréquentes : 91 cas à Djelfa (7 % des consultants) 85 à Laghouat (4 %) : Pneumonies, congestions pulmonaires, bronchites, etc. La tuberculose était très probable dans 37 cas environs à Djelfa sur lesquels (en l'absence d'examen radiologiques) nous avons pu faire le diagnostic certain par l'examen des crachats dans 12 cas, 50 à Laghouat dont 38 confirmés par la présence de bacilles. Nous n'avons trouvé aucun cas suspect, par contre, sur les 320 engagés, *les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires* sont extrêmement fréquentes : 118 cas à Djelfa (8 % des consultants), 132 à Laghouat (6 %), quelques cas à Ghardaïa. Fréquence qui frappe le médecin ar-

rivé depuis peu : quelques cas de mal de Pott, mais surtout des tumeurs blanches : poignet, coude, genou, cou de pied, etc., des tuberculoses ganglionnaires fistulisées ou non : 64 cas à Djelfa, 70 à Laghouat. Le manque de soins et de traitement fait souvent des infirmes atteints de tumeurs blanches multiples avec ankyloses en mauvaise position, etc. Certains jours, à Djelfa surtout, la salle d'attente des consultants présentait l'aspect d'une cour des miracles.

Les péritonites tuberculeuses sont, elles aussi, très fréquentes. Nous n'avons pu faire de diagnostic sûr dans un trop grand nombre de cas, mais leur fréquence doit être relativement comparable à celle des tuberculoses ostéo-articulaires.

Même restriction pour les méningites tuberculeuses. Nous nous souvenons en avoir trouvé 1 cas à l'autopsie d'un enfant qui faisait l'objet d'une enquête judiciaire, ses parents le prétendaient mort à la suite de coups reçus sur le crâne...

Nous avons pu faire quelques cuti-réactions à la tuberculine. Moins que nous n'aurions voulu, d'ailleurs toujours pour la même raison (le nombre des sujets que nous ne revoyions plus après un premier examen. La très grande majorité de nos malades étaient, avons-nous déjà dit, des sujets venus, quelquefois de loin, pour repartir aussitôt chez eux en emportant le médicament dont ils attendaient miracle). Voici les résultats de cette enquête :

sur 120 engagés, entre 16 et 30 ans : 33 réactions positives.

sur 48 enfants de 3 à 6 ans : 8 réactions positives.
sur 60 enfants de 6 à 12 ans : 14 réactions positives ;
sur 42 enfants de moins de 3 ans : 4 réactions positives ;

sur 75 adultes, de 18 à 50 ans : 30 réactions positives.

Nous avons vu 5 cas de tuberculose pulmonaire à forme extrêmement rapide, ou de granulie pulmonaire.

Le cancer nous paraît d'une fréquence normale comparée à celle de l'Europe. Suffisante en tout cas pour montrer fausse la réputation qu'ont les indigènes de ces pays d'y être rebelles : Il est vrai qu'on a aussi mis en avant le rôle des eaux salines (magnésiennes surtout) et que les eaux étaient pures dans les régions où se place notre enquête. Les examens qu'il eut fallu pratiquer pour faire des diagnostics certains n'ont pas été toujours possibles, citons comme cas certains, confirmés par la biopsie : 7 cancers du sein, 4 de l'utérus, 3 de la langue, 3 du rectum, à Laghouat.

Syphilis : Nous ne traiterons pas cette question capitale, n'ayant pu ni faire les examens sérologiques sur une grande échelle, ni suivre la plupart des cas : Disons que cette affection occupe, comme on s'y attend, une grande place et que, c'est trop peu de parler de la rareté des complications nerveuses, c'est presque l'absence absolue qu'il faudrait dire (1 seul cas de tabes vraiment typique, à Djelfa), par contre le développement des formes cutanées et des gommes est particulièrement frappant pour le médecin non

habitué, citons 27 chancres de la verge (Djelfa, Laghouat, Ghardaïa).

Le diabète est rare, si ce n'est inconnu, chez les nomades (sous-alimentés en majorité). Mais nous en avons constaté 6 cas sérieux à Ghardaïa (4 parmi les Mozabites, 2 chez des juifs, les uns et les autres sont des sédentaires) avec complication : 4 anthrax graves, 2 gangrènes.

Le rachitisme est extrêmement fréquent, nous l'avons étudié à Laghouat, où le chiffre que nous indiquons peut être considéré comme valable pour l'ensemble de la population, car nous n'avons vu que des enfants amenés en consultation pour autre chose : 230 enfants entre 1 et 4 ans sur 480 présentaient des signes, plus ou moins accusés, souvent frustes, de rachitisme (chapelet costal, incurvation des tibias épiphyses, etc.). Ceci s'explique par le régime alimentaire des enfants, surtout dans les groupes nomades : dans la moitié des cas que nous avons pu voir, l'enfant est gardé au sein après 2 ans et dans 1/5 des cas exclusivement, jusqu'à près de 3 ans. Nous avons vu des cas où l'enfant était gardé au sein jusqu'à 4 ou 5 ans. 1 cas jusqu'à 7 ans. La nourriture donnée au sevrage est très souvent faite de galette de blé, de couscous, de laitages.

Les eczémas du nourrisson sont plus fréquents, semble-t-il qu'en Europe, sur 720 enfants, (en comptant les consultants et les enfants menés à la vaccination) : 46 cas.

Paludisme. — Cette affection a été bien entendu

très étudiée par l'Institut Pasteur d'Algérie (études dans l'oasis de Roufi, etc...).

Elle ne sévit pas dans les pays où se fit notre enquête : A Djelfa, Laghouat, Ghardaïa nous en avons vu de nombreux cas, isolés, et chez des sujets ayant été infectés en d'autres régions : nomades infectés dans la région de Biskra-Touggmont, Boghari, européens ou indigènes ayant séjourné dans le Tell. A Ghardaïa tous les cas observés étaient des sujets venant de Ouargla ou Elgoléa, où le paludisme est fréquent.

Nous avons pu cependant assister à deux exemples d'infections massives, par poussées brusques, de populations auparavant indemnes :

— Dans le petit Ksar de Zaccar, près d'Ain el Ibel, à 50 kms au sud de Djelfa : les 220 habitants (environ) n'avaient jamais présenté de cas de paludisme. Or, en juillet 1938, une épidémie attira l'attention des autorités civiles : 9 décès en 2 mois et un grand nombre de malades très touchés; en fin de septembre, nous y fûmes envoyés pour enquête. Notre premier soin (et la première instruction qui nous avait été donnée) fut de chercher le typhus et de faire des prises de sang pour réaction de Weil-Félix. Il s'agissait de Paludisme, nous vîmes d'abord 48 malades alités : 13 étaient alités (ou du moins avaient été atteints) depuis la fin de juillet ou le début d'août, pour 35 autres l'infection remontait à moins de 12 jours : une nouvelle poussée remontait évidemment à 12 jours avant. 6 nous parurent très mal en point, une partie

(22 environ) étaient très touchés, 1 seul cas chez un enfant : une fillette de 2 ans qui avait une grosse fièvre mais ne semblait pas très atteinte. Nous pûmes examiner ces malades : 28 cas avec rate percutable, sur lesquels 4 étaient palpables. Hépatomégalie dans 12 cas, avec anémie qui paraissait (mais sur ce point nous ne fîmes pas d'examens sérieux, une dizaine avaient plus de 40° de fièvre. Notre enquête avait lieu dans la matinée cependant. Les accès étaient de fièvre tierce dans la moitié des cas, d'autres faisaient des accès quotidiens, certains semblaient avoir une fièvre continue. De plus, nous fîmes une consultation sur la place du Ksar. Nous vîmes 80 consultants sur lesquels 8 avaient de la fièvre, 19 autres, par l'interrogatoire, disaient avoir des accès fébriles. Ainsi 23 % de la population était atteinte. Bien entendu nous fîmes des lames (envoyées à l'I. P. d'Alger avec les données de cette enquête), il s'agissait de *P. Falciparum*. Nous trouvâmes comme cause de l'infection une flaque d'eau plutôt qu'une mare, près du puits commun, cette mare existait depuis toujours alors que le paludisme remontait à 2 mois.

Un cas semblable, en moins grand, fut constaté en octobre (du 1^{er} au 20 environ) à Laghouat. Les indigènes, qui connaissent ces poussées automnales d'infection paludéenne l'attribuent, pour la plupart, à la maturité des dattes (la même croyance a cours à El-goléa) : Nous vîmes 38 cas et 7 morts. Nous entendîmes parler de beaucoup de sujets qui devaient en être atteints, sans pouvoir vérifier, il s'agissait aussi de *P. Falciparum*.

Pathologie oculaire. — On pense bien que le chapitre de la pathologie oculaire est très chargé : Le trachome lui donne la plus grande partie de son importance.

Nous avons pu voir une immense quantité de malades car, au rebours de ce qui se passe pour certaines maladies, les indigènes viennent volontiers consulter pour leurs yeux : Ils éprouvent, en effet, un soulagement sensible immédiatement à l'application de collyre. On traite en effet souvent par des instillations de cocaïne les cas où l'intensité des phénomènes inflammatoires interdit l'emploi du sulfate de cuivre. Le sulfate de cuivre, lui-même, dont il a été dit parfois qu'il n'a pas une valeur de traitement spécifique, mais « de substitution » donne un soulagement notable des douleurs, soulagement durant quelquefois 1 ou 2 jours après 1 seule application et qui apparaît dès que la sensation de brûlure provoquée par le sulfate de cuivre a cessé, au bout d'un quart d'heure à trois quarts d'heures : ce fait, connu des médecins militaires de ces régions, a été constaté par nous plus d'une fois et confirmé par les affirmations d'européens atteints de trachome. Ne concluons pas que l'indigène se prêtera à un traitement suivi. Ces malades se présentent avec un petit récipient à la main, une tasse en général, demandant qu'on leur donne du collyre. Mais ils l'emploient à tort et à travers sans aucune suite. Les Bit el Aimin (Maisons des yeux) du Mzab sont en principe une initiative parfaite. On peut compter sur la bonne volonté d'infirmiers indigènes,

mais il faut les instruire suffisamment. La fréquence du trachome est en relation directe avec le climat : elle augmente avec le climat saharien et surtout avec le nombre des mouches. (Ghardaïa et à Laghouat, on voit souvent arriver des enfants avec des grappes de mouches collées aux coins des paupières, ne cherchant pas à les chasser. Les mouches, surtout à Ghardaïa pendant les mois les plus chauds, sont à demi inertes et ne sont pas chassées par un mouvement d'éventail de la main).

A Djelfa, nous avons vu 245 cas d'affections oculaires (26 % des consultants) et la moitié environ de trachome (14 % des consultants), pour le reste, il s'agit de conjonctivites de toutes natures (B. de Weeks-Morax).

A Laghouat, 42 % des consultants sont des porteurs d'affections oculaires (911 cas) dont la grande majorité de trachome, (38 % de l'ensemble). Dans le territoire de Djelfa, la petite oasis de Messaad, de climat plus saharien que Djelfa même, (et qui a une palmeraie) donne des résultats comparables à ceux de Laghouat : 77 affections oculaires sur 142 consultants, dont 66 trachomes. Le reste du territoire de Djelfa a des chiffres comparables à ceux de Djelfa. Pour Zeniva, plus méridional que Messaad, mais de climat de steppe, nous avons trouvé des chiffres intermédiaires : 310 consulvants, dont 102 yeux et 70 trachomes (les températures moyennes ne dépassent pas beaucoup celle de Djelfa, mais les vents chauds du sud-est y sont plus fréquents, l'été).

Les chiffres des Ksour, du territoire de Laghouat, sont à peu près ceux de Laghouat même, ceux de Ghardaïa dépassent tous ceux-ci : 52 % des consultants (165) dont 100 % de trachomes. Les enfants des arabes nomades campés aux abords des villes du Mزاب sont trachomateux pour 7 sur 10, nous en avons vus, les jours de vent chaud, étendus à plat ventre, la tête dans les mains et pleurant de douleur.

Enfin, nous eûmes à visiter des écoles sur le territoire de Laghouat, visite portant sur le dépistage du trachome : à Laghouat, El Assafia, Ain-Mahdi. Nous avions des enfants de 6 à 14 ans. Pour chacun, nous retournions les paupières supérieures pour découvrir les granulations. Sur 127 enfants vus, 42 présentaient des lésions de trachome. 5 ou 6 cas au plus étaient en évolution aiguë. Ces enfants étaient soignés depuis de nombreux mois (et en traitement continué après la cessation des accidents aigus). L'infirmier indigène qui était chargé de ces soins nous apprit de la presque totalité des cas vus en évolution favorable, qu'ils étaient en phase aiguë à leur arrivée à l'école, et que le chiffre des enfants trachomateux, par une simple estimation, diminuait depuis quelques années.

Enfin, chez les engagés, nous avons trouvé 48 cas sur 195, ayant été atteints, 17 étaient en évolution (et devaient être ajournés).

Nous avons pu distinguer les cas d'infection acquise dans la première enfance ou trachome latent, pour laquelle l'expression inexacte de « trachome congéni-

tal » est expressive, (on l'a appelé aussi : trachome familial). Il correspond à un aspect très particulier, repérable à première vue, sans examen, de voile étendu sur la cornée et estompant (fâcheusement, car les enfants sont pour la plupart très beaux) le contour de l'Iris, ce « voile » correspond à une kératite débutant dans les premiers mois de la vie, elle paraît quelquefois être arrêtée mais en général elle subit une évolution chronique, très lente. Dans ces cas, le retournement de la paupière montre la sclérose. Deuxièmement : des cas de trachome acquis, d'évolution souvent aiguë, avec granulations rouges, conjonctivite aiguë ; dans ces cas, la prédominance des lésions sur un œil peut faire croire, sauf examen minutieux, à l'infection mono-oculaire. Enfin, nous avons vu des granulations jeunes, inflammatoires chez des porteurs du « trachome latent de l'enfant ».

Si la distinction entre ces deux grandes variétés est évidente, la distinction, parmi les trachomes florides, en variétés II, III ou IV, qui est, pour le besoin des statistiques, utile au médecin d'un dispensaire de grande ville arabe, ne nous a pas semblé très pratique dans les conditions, déjà exposées, où notre enquête fut faite.

Les complications, évidemment, sont fréquentes : Le Pannus : on le voit à tous les degrés et il nous serait difficile de prétendre à l'exactitude si nous voulons dire un chiffre : sur 874 cas, 107 (12 %) avaient une kératite plus ou moins accusée, une cinquantaine avec ulcération nette.

Nous vîmes 38 staphylomes, dont nous opérâmes 14 (un œil de verre ensuite était donné au malade). Le trichiasis paraît plus fréquent encore : 77 cas nets, entraînant de la gêne ou des troubles. Nous en opérâmes 37.

Nous vîmes une vingtaine de glaucomes dont 12 chez des trachomateux, 47 iritis dont 2 à Ghardaïa, chez des enfants. Une autre affection oculaire est fréquente : La cataracte. Nous pûmes en envoyer un grand nombre se faire opérer à Alger : à Laghouat et Djelfa, 130 cas sur les 3.800 consultants vus en tout (près de 3 %).

Etat du système dentaire. — Enfin nous pûmes enquêter sur un sujet qui touche la physiologie autant que la pathologie de ces tribus : un médecin qui vient d'arriver est frappé de l'excellente dentition de la plupart des indigènes : si on examine au hasard on voit une énorme proportion de dentures parfaites, avec un émail éclatant, sans une carie. On remarque d'autre part la fréquence avec laquelle s'installent les stomatites, ou les gingivites quand un indigène a une carie. Les vieux édentés sont fréquents, compte tenu de l'absence d'appareillages : ce sont des sujets qui ont eu pendant des années une gingivite chronique. Ceci tient évidemment au manque de soins. Mais si l'on regarde l'ensemble il reste quand même que l'on voit une proportion remarquable de dentures en bon état.

Naturellement, en cas de carie dentaire il n'y avait qu'à arracher la ou les dents, ce que l'indigène venait

demandeur lui-même. Nous vîmes ainsi 81 malades venus consulter pour leurs dents à Djelfa (6 % de l'ensemble des consultants). 20 avaient une stomatite ou gingivite accusée, 174 consultants dentaires à Laghouat (8 %) dont 35 avec stomatite.

Nous ne vîmes qu'un très petit nombre de cas de stomatites où l'état des dents ne pouvait être invoqué comme cause.

Il était plus intéressant de regarder sur ce point des sujets non venus pour cela. Sur 720 militaires examinés (Djelfa et Laghouat) il n'y avait que 156 porteurs de caries dentaires (22 %). Rappelons qu'en Europe 50 % des sujets sont porteurs de caries dentaires.

Si nous regardions des sujets venus consulter pour d'autres affections, et de tous âges, sur 1.455 : 378 avaient des caries, soit 26%. Ces chiffres peuvent être considérés, vu le nombre de sujets sur lesquels ils ont été établis, comme ayant une valeur sûre.

CONCLUSIONS

AU POINT DE VUE SOMATIQUE :

Pour la population dite arabe. Taille moyenne assez élevée : 1 m. 715, avec prédominance d'un type assez grand (1 m. 725) et existence d'un autre type de taille plus moyenne (1 m. 67) qui a le tronc plus long relativement aux membres, que le premier type (avec indice skélique, moyen 53,9).

Dolichocéphalie nette de l'ensemble, avec indice céphalique moyen 73,57 et existence également d'un type secondaire tendant à la mésocéphalie. Leptorhinie nette avec indice nasal moyen 69,5.

La population Mozabite s'en distingue par une taille plus élevée, avec tronc relativement long. Tendance à la mésocéphalie, indice nasal plus élevé.

Le système dentaire de ces populations est de qualité remarquable, avec pourcentage très faible de caries.

AU POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE :

En dehors de la diffusion du paludisme, des parasitoses cutanées et digestives, du trachome surtout,

les points par lesquels les indigènes de ces territoires offrent des contrastes avec les Européens sont :

l'absence de complications nerveuses de la syphilis malgré la diffusion de cette maladie;

le petit nombre d'affections hépatiques;

la rareté de l'appendicite;

une sensibilité solaire spéciale, cause d'un grand nombre de syndromes douloureux;

la fréquence relative des formes ostéoarticulaires et ganglionnaires de la tuberculose;

la fréquence de la cataracte chez les sujets âgés.

Vu : le Doyen de la Faculté.
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse.
TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.
ROUSY.

